

医療スタッフミーティング	年2回	医師
部門ミーティング	月1回	職員、医師
Showcase for Sharing Sharing Conference	年1回	職員、医師
看護師サミット、臨床サミット	年1回	看護師
臨床機会会議	6ヶ月ごと	職員、医師

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P2Figure 1.1-1 より。

(2)エンパワーメント、革新、組織の俊敏性、組織と個人の学習環境の構築のための取り組み

- ・SSMHC は過去 12 年間常に、CQI 文化（質の継続的改善活動）を推進しており、役員リーダーは、職員が医療産業界の変化を予測したうえで、それに対処できる知識を身に付け、法人改革に参加できるような職場環境を育成してきた。そのため、全職員の権限を拡大している。
- ・法人の組織文化として、「機敏な意思決定」があげられる。これは、1986 年の創設以来のもので、法人の母体である、聖母マリア・フランシスコ修道女会の宗教的な価値観が基本にある。
- ・看護師に相当の意思決定権限を与え、看護活動全般に対する全体的な責任を持たせるといふ、共同責任体制の組織構造によって、当法人は機敏な意思決定システムを可能にしている。たとえば、直接直ちに影響を受ける組織が意思決定する場合、この共同責任体制によって、機敏な意思決定を可能にしている。
- ・看護師の権限強化と共同責任体制は、看護師不足を議題とした 2000 年 SSMHC サミットで生まれた戦略の一つでもある。

例として、セント・メリー病院医療センター（ウィスコンシン州、マディソン）では 12 年前に共同管理体制（共同責任体制モデル）を導入してきたが、当病院の看護師転職率は他の病院・施設に比べ非常に低く維持されている。

- ・CQI に早い段階から取り組んできた法人理事長;Sr.Mary Jean Ryan.FSM は、ミズーリー州の州知事賞、「リーダーシップ品質賞（Governor's Quality Leadership Award）」を 1997 年に受賞しており、リーダーシップモデルへの理解と改良という観点において、医療界をリードしているといえる。また、同理事長は副理事長、Bill Thompson との共著で、1997 年 6 月に ASQ Quality Press 社から「CQI and the Renovation of an American Health Care System; A Culture Under Construction」を出版している。
- ・前述のシステムマネジメント会議（System Management）は、法人全体の年次定例行事を利用して、「最優秀活動・業務」を法人全体に紹介している。

例えば、2つの定例年次会議、「Sharing Conference」、「Showcase for Sharing」では、過去 6 年間で、約 200 人以上の職員と医師が関係する 40 以上の最優秀医療活動および一般業務を紹介している。

- ・臨床活動の基準指標や最優秀サービスを法人全体の医療スタッフが共有するために「Council Collaborative Learning Sessions」と「Annual Clinical Summit Conferences」（図表 1-1 参照）の 2つの定例年次イベントを活用している。

なお、法人内の 18 病院では、国立医療改善研究所（National Institute for Healthcare Improvement）が主催する「6つの臨床基準指標研究」に参加している。

1. 1. b.業績のレビュー方法

(1) Performance Management Process(業績マネジメントプロセス)

法人の戦略策定：SSPP（Strategic, Financial and HR Planning Process）が設定する、短期および長期目標に基づいて、法人全体の業績を審査・評価し、刻々と変化する医療ニーズに対応できる法人をめざすプログラムで、役員理事が活用している。

審査・評価プロセスは、多様な業績を生み出す根本原因を明らかにし、一方で、職員の共同活動を支える権限と責任体制を確立する役割を持っている。

業績マネジメントプロセスは法人全体の“アカウントビリティ・チーム”が2000年に開発し、病院・施設の全部門において、説明責任・アカウントビリティと業績モニタリング活動を改善するために導入された。図表1-2は、リーダー役員が実施する審査活動の内容や対象者、目的などを示す。

図表1-2 リーダーのレビュー方法

審査法廷	開催頻度	モニタリング結果報告書	審査の目的(注)
SSMHC 法人理事会	年4回	システムの財政状態	---2
	年1回	地元コミュニティの健全性	---2,3,4,5
	年1回	法人責任管理プロセス（CRP）とHIPAA報告書	---5
地域理事会	年4回	品質報告書	---3,4,5
		能力適正報告書	---3,4,5
		法人責任管理プロセス（CRP）とHIPAA報告書	---5
システム マネジメント会議	毎月	SSMH 連結財務報告書 SSMHC 業績指標（16指標）&品質報告書	---2 ---1,2,3,4
	年4回	四半期ランキング報告書	---2,4
運営協議会	毎月	SSMHC 業績指標（16指標）	---1,2,3,4
		全施設&ネットワーク連結財務報告書	---2
		全施設バリエーション報告書	---2
		病院業績指標（49指標）	---1,2,3,4
		活動調整計画；業績指標&品質報告書	---2,5
インスブルッグ グループ	年2回	連結財務報告書	---1,2,3,4
ネットワーク リーダー委員会 経営管理協議会（全 施設）	毎月	全施設&ネットワーク連結財務報告書	---2
		病院業績指標（49指標）	---1,2,3,4
		全施設品質報告書	---3,4,5
		活動調整計画；業績指標&品質報告書	---2,5
	年4回	苦情報告書	---3,4

(注) 1=業績の競争力を審査、2=業績計画の審査、3=ニーズの変化に対する適応度を審査、4=組織としての成果を審査、5=法規制、基準に対する適応度を審査

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P4, Figure 1.1-2 より。

(2)リーダーシップの有効性のためのレビュー結果の活用

組織の有効性は、役員理事（上席リーダーを含む）が活用する、「業績管理手法（Performance Management Process）」と「リーダーシップ推進手法（Leadership Development Process）」の2つを合体させながら改善を図っている。

役員理事は組織の業績だけでなく、自分たちのリーダーシップ性を審査するために、PIR（業績指標報告書 Performance Indicator Report）を活用している。また、患者満足度調査、SSM 職員満足度年次調査、医療スタッフ満足度調査などの調査項目を駆使して、役員理事自らが患者、医師、職員の満足度向上に有効な管理業績を残したかどうかをセルフ・モニタリングしている。

<リーダーシップ推進手法>

360 度全角度評価を行う。360 度評価活動は、説明責任に関する基準と認識向上のための基本学習体制を軸に内容を設定した「望ましい業績」、および、「望ましい価値観」の2つを法人が確立することを目的としている。

組織の「望ましい価値観」は7つのマネジメント活動（1. 臨床、運營業務、財務における最高の業績、2. 顧客重視、3. CQI:継続的な質の改善活動、4. 説明責任への積極的な参加と共同活動、5. 人材開発、6. 事実にもとづいた意思決定、7. 情報の共有化）によって生み出されている。

図表 1-3 「望ましい業績」/目標と結果（2002 年 3 月の結果一覧）

SSMHC の業績項目	2002 年 3 月の 業績結果	目標値
入院患者のロイヤリティ	49%	54.5%
経常利益率（Operating Margin）（連結）	1.3%	2.3%
予期せぬ再入院率（31 日間）	4.8%	4.4%
急性期患者数	37,864	37,614
職員満足度	未報告	
医師満足度	未報告	
患者の身体拘束率	2%（平均）	8%（全米平均）
在宅患者のロイヤリティ	56%	64%
Unrestricted Days Cash on Hand	214	220
急性期入院医療収益（Revenue）（APD 当り）	1,345 ドル	1,331 ドル
急性期入院医療費用（Expense）（APD 当り）	1,343 ドル	1,315 ドル
経常利益率（Operating Margin）（病院）	3.6%	4.5%
経常利益率（Operating Margin）（ナーシングホーム）	4.0%	3.0%以下
経常利益率（Operating Margin）（在宅ケア）	12%	9.6%
医師一人当たり純収益（Net Revenue）	33,783 ドル	31,407 ドル
診療活動の Operating Cost （全費用に占める比率）	70%	70.9%

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P5, Figure 1.1-3 より。

1. 2 公共責任と市民からの認知

1. 2. a. 公共への責任

(1) サービス、組織が社会に与える影響

① 法人の責任管理プロセス (Corporate Responsibility Process; CRP)

法人全体に関する組織倫理向上を目的として、1998年にCQIチームが設計したものである。

CRPは医療サービスの法規制やサービス提供に関する倫理的適応水準などによって形成される「社会の要望」に対処するプログラムである。また、コンプライアンスの向上をめざして、連邦検察庁のコンプライアンス・モデルと提携している。

職員、医師、ボランティア、主要取引業者は、教育研修や訓練を経た上で、権限の拡大が可能であり、業務や取引に関する疑問は「ヘルプライン（極秘扱い）」にアクセスすることが出来る。

CRPでは、報告された事項をすべて調査し、適切な時期に適正な改善活動を実施する。また、下記の行政当局や規制の改定/修正情報を収集し、法人の戦略立案や業績目標の設定に有効な情報を提供している。

② 法人のリスク点検体制 (Corporate Risk Services; CRS)

SSMHCでは、施設や設備環境の面から患者や職員、来訪者などの安全性を確保するために、管理本部内に医療資源の品質管理センター (Quality Resource Center; QRC) を設置している。リスクマネージャーは法人全体にまたがって、職員や患者の安全性を管理している。

品質管理センター (CRS) は、リスク管理の3年行動計画を設定し、その一環として図表 1-4 に示す「リスクマネジメントプログラム評価ツール」を開発している。

③ 公共に対する責任のための必要事項、手法、尺度、目標

図表 1-4 公共に対する責任のための必要事項、手法、尺度、目標

必要事項	主な手法・手段	尺度	地域貢献目標
規制/法律/制度	CRP (法人責任管理プロセス)	行政当局の監査	対象外
	諸契約関係の審査	契約周期 (回数)	24-48 時間周期
	免許資格審査	免許、資格制度	無資格者の排除
認定 (機能評価)	JCAHO	得点	100%
リスク マネジメント	公共の安全管理体制	感染症発生率 臨床危険度削減率 患者拘束率 患者転倒転落率	対象外
地域の健康度/ 健全性	慈善的ケア	慈善的ケアの費用	前年度管理コスト (25%)
	地域の健康推進プログラム	選抜住民の健康度 (個人目標設定プロジェクト)	個人目標

(2)社会的ニーズの予測について

<患者安全プログラム(Patient Safety Program;PSP)>

- ・ 2001年10月より開始された、リスクと質に関する法人包括統合プログラムである。
- ・ 臨床活動において、SSMHC全体を統合する臨床連携体制（Clinical collaborative）の確立。（Achieving Exceptional Safety in Health Care；AESの開発）
- ・ 患者安全協議会の新設（Patient Safety Council）。
- ・ 医療事故における、患者・家族への情報開示方針・ガイドラインの更新。
- ・ AESは臨床活動のプロセスを改善する6つのゴールを設定、2002年から全施設を対象に実施。法人全体の包括統合的な取り組みによって、2004年までには16の臨床プロセスを改善。
- ・ その他、法人全体の活動目標は1.危険な省略の排除、2.法人統合安全センターの確立、3.SSMHC安全報告書（年3回）を作成し、法人管理委員会、医局、地域/地区理事会に提出。

(3)倫理的活動

<法人責任管理プロセス(Contract Review Process;CRP)>

- ・ 倫理、法律、規制などの面から契約関係（雇用や委託、外注など）を審査する機能をもつ。
- ・ 法律と規制への適合性は、「Specialty Counsel Coordination Protocols」に基づいて審査する。
- ・ 倫理面からの適合性は、「倫理行動基準 Standards of Ethical Behavior」「利害対立 Conflict of Interest」,「法人責任 Corporate Responsibility」「雇用機会/雇用確約均等法 Equal Employment Opportunity・Affirmation Action」「機密情報保持 Confidentiality of Information」,「性的その他のハラスメント Sexual & Other Harassment」,「患者ケアの観点から参加を拒否できるスタッフの権利 Staff Rights to Refuse to Participate in Aspects of Patient Care」,「CRP機密保持ヘルプライン CRP Confidential Helpline」などによる。
- ・ 職員の倫理観は、職場における非倫理的行為の同僚審査と報告、「Conflict of Interest Questionnaire（年1回）」によって審査を行う。
- ・ 各病院・ナースングホームの倫理委員会がフォーラム開催を実施し、患者の権利、職員、患者、家族の倫理観などをテーマに討議している。

1.2.b. 地域に対する支援方法

(1)地域の健康向上

1872年に聖母マリア修道女会がセントルイス大通りで布教中に「コミュニティの健康」を重視して以来、常に当法人の中心的なテーマである。ヘルシー・コミュニティ・イニシアティブ Healthy Community Initiative」を設定し、a)測定可能な地域健康水準の改善指標を設定、b)特定地域の健康を改善、などの活動（1995年から開始）を行っている。

(2)地球環境保護

地球環境の保護と地域の健康改善のために、非暴力に対するゆるぎない確信を地域と共有することを目的とした活動を行う。

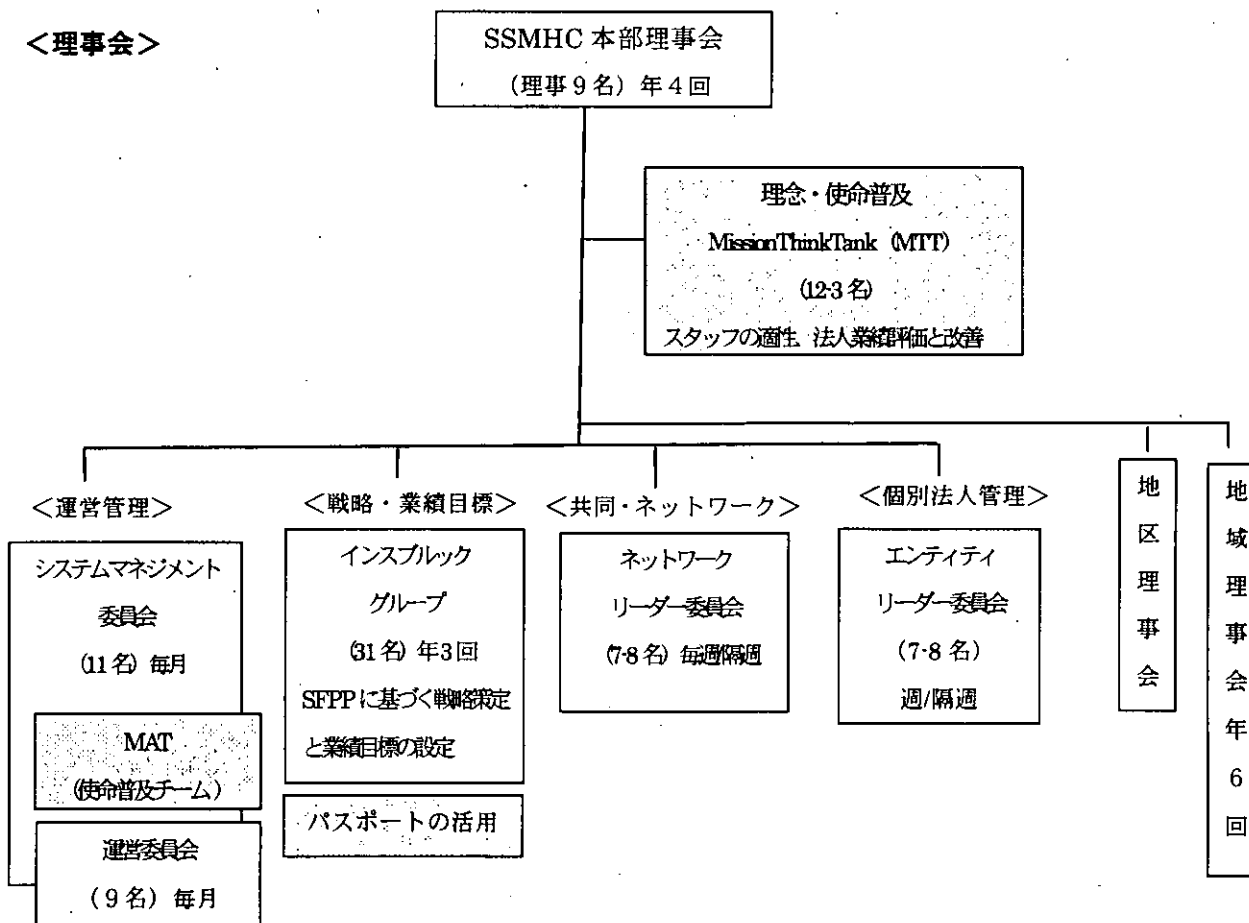
(3) その他の地域健康水準改善活動

- ・地域団体&産業組織の理事、役員として奉仕
- ・市民団体の活動に積極参加
- ・全米&州の品質表彰プログラムへの協力
- ・SSM 政策研究所を軸にした啓蒙啓発の代弁者としての活動
- ・セントルイス地域における「地域毒物管理センター」の運営
- ・地域健康管理プログラムの提供（スクリーニング、健康&ウェルネス教育プログラム
- ・疾病管理プログラム

(4) コミュニティ・ベネフィット・チーム(2001年創設)

法人の慈善活動全体を審査、地域に役立つプログラムの開発などを行う。審査結果の報告書（年1回発行）は、政府のリーダー、行政の政策立案担当官および一般市民に配布している（慈善活動、貧困層への提供など）。

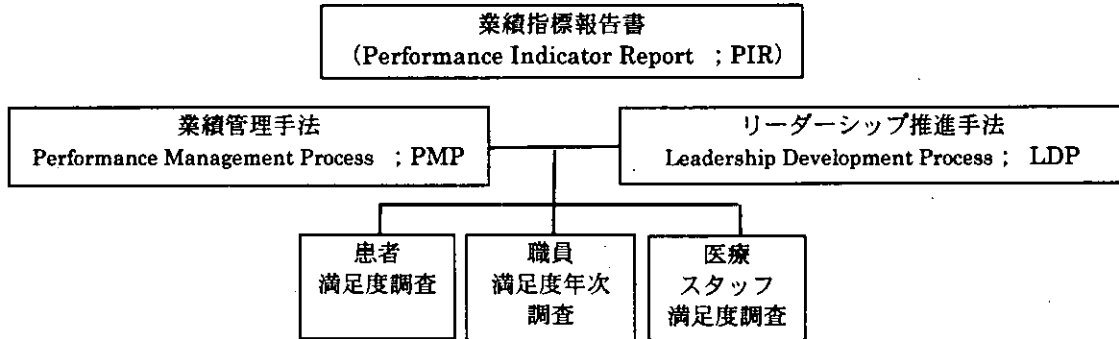
図表1-5 リーダーシップの構造と機能



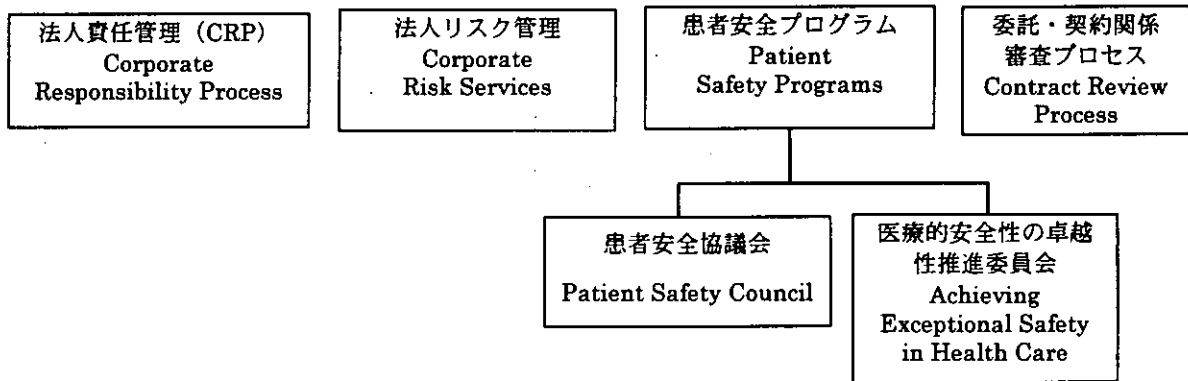
<文化・風土・組織の質>

- ・ Sharing Conference/Showcase for Sharing (最優秀医療活動&業務の表彰)
- ・ Council Collaborative Learning Sessions (臨床連携の学習セッション)
- ・ Annual Clinical Summit Conference (臨床基準・指標、医療サービスの質指標開発)

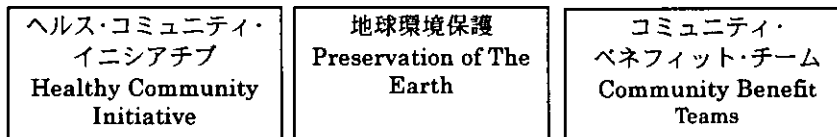
<組織の有効性のための取り組み>



<公共への責任>



<地域の健康>



Category2 Strategic Planning 戦略計画

2.1 戦略の策定

2.1.a. 戦略策定プロセス

(1) 戦略策定プロセス

① 戦略財務資源計画 (Strategic, Financial & HR Planning Process; SFPP)

- ・法人全体の3年戦略を設定する（毎年修正）。
- ・業績向上のための戦略目標と活動計画を策定する。
- ・設定には、質の基本原則；Quality Principle を最重視している。

図表 2-1 戦略策定プロセス

ステップ1	SSMHC 本部理事会（法人理念・使命の再検討・審査）	12月
ステップ2	システム計画の検討（財務計画・医療資源計画の検討） ・前年度の主な策定当事者による SFPP の再検討と審査	1月
ステップ3	インスブルックグループ ・戦略テーマの設定・競争相手分析・全体目標設定	2月
ステップ4	3年計画の理解と普及期間 1. 役員理事レベルへの浸透 Governance Retreat を本部理事会、地域理事会、地区理事会で開催し、役員・理事レベルでの3年計画の理解と浸透を図る 2. 個別施設レベルへの浸透 各法人事務局 財務部門 人事部門 情報センター 資材管理部門 ＜3年計画に対する各部門の業績目標設定と予算化＞	3月 4-5月
ステップ5	システム概算予算策定	5月
ステップ6	SFPP に基づく3年計画の提案書受理 （ステップ7の分析評価をベースに提案書を受理する）	5月
ステップ7	内外環境の分析評価活動 → 最小データセットを活用	3-6月
ステップ8	現場訪問（各施設への訪問とヒアリング） 本部リーダーと当該病院管理者による SFPP 戦略と活動3年計画の事前審査・職員への聞き取り	6-7月
ステップ9	最終計画とガイドラインの策定	7月
ステップ10	戦略目標（ゴール）の設定 ・強み、弱点、将来性、可能性、ギャップの分析 ・医療サービスのゴール設定 ・業務管理活動のゴール設定 戦略目標と指標、目標達成度（年度別）参照	

(2)戦略策定のためのデータ収集・分析

図表 2-2 戦略財務資源計画 (SFPP) 策定のための SSMHC 最小データセット

外部環境データ	内部環境データ
患者情報の分析データ <ul style="list-style-type: none"> 患者満足度調査結果 市場分析データ 医療サービスの市場占有度分析データ (入院/外来/在宅/ロングタームケア別) 	医療スタッフに関する分析データ <ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフ調査結果 市場ニーズに基づく専門医の医療提供状況比較データ 供給量の地域偏差データ
人口統計・社会経済分析データ <ul style="list-style-type: none"> 年齢別人口動向データ (65 歳以上/以下) 少数民族人口の動向データ 利用率に基づく利用者数 退院患者動向 	医療サービス分析データ <ul style="list-style-type: none"> 生産性データ 主な医療サービスの提供量データ 主要サービスへの利用者の認識度分析データ
競争相手分析データ <ul style="list-style-type: none"> 競争相手の資産目録 市場占有動向 市場・広告宣伝・競争面でのポジション分析 	医療施設/医療技術分析データ <ul style="list-style-type: none"> 主要施設整備状況の分析データ 主要設備&機器の機能評価データ IT プランに関するデータ 法規制の遵守事項に関する情報
技術動向と課題、成長分野の分析データ <ul style="list-style-type: none"> 文献レビュー ・ IT プラン 法人よび外部の研究者ネットワーク 	人材の分析データ <ul style="list-style-type: none"> 職員満足度調査結果データ 給料と報酬に関する市場調査データ 転職率 複数の病院に勤務する職員の比率 教育訓練の必要な職員の比率
支払者(保険者)分析データ <ul style="list-style-type: none"> 支払者の資産目録 支払率 支払者の満足度分析と満足度分野 	財務分析データ <ul style="list-style-type: none"> Net Revenue、Expense margin、Operating margin) 支払者保険者ミックスの動向 契約の利益と有効性に関する分析データ
公的政策・規制&認定に関する分析データ <ul style="list-style-type: none"> 連邦・州規制&支払動向 JCAHO などの評価認定基準情報 	臨床の質に関する分析データ <ul style="list-style-type: none"> 質の報告書 臨床連携結果分析データ 部門別改善計画の実態報告 定期調査結果のフィードバックレポート

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P11,Figure2.1-2 より。

2. 1. b. 戦略課題

図表 2-3 戦略目標・指標と年度別達成度

戦略目標（卓越性）	指標	目標%	目標%	目標%
		2002	2003	2004
患者満足度の卓越性	入院患者ロイヤリティ	53.1	56.1	60.1
医師満足度の卓越性	医師の満足度	79.9	80.9	81.9
臨床成果の卓越性	予期せぬ再入院率（31日）	3.49	3.06	2.63
財務業績の卓越性	経常利益率	2.50	3.00	3.30

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P11, Figure 2.1-3 より。

2. 2 戦略の展開

2. 2. a. 実行計画の策定と展開

(1) 戦略展開方法

① 予算の配分方法

本部運営会議が、活動計画と業績指標に基づき、配分を設定する。運営会議が持つ予算配分限度枠は全システムについて 50 万ドルとし、50 万ドルを超える場合は、1.各病院で CPAF（Capital Projects Application Form; プロジェクト資金申請書）を運営会議に提出、2.情報センター、システム会議が審査、資金の妥当性を審査、3.本部運営会議による承認、4.SSMHC 本部理事会の最終承認を経て、予算を執行する。

② 本部理事会&各病院長（理事長）の承認

医師、事務長、その他の幹部職員による各病院のサービスライン（サービスの目標、提供活動の計画、活動費用の予算化などを審査）のチェックを行い、本部法人理事会、上席リーダー、各病院長の承認を経る。

③ 戦略目標と活動計画&主要な指標

図表 2-4 2002 年 SSMHC の戦略目標と活動計画&主要指標

戦略目標	2002 年活動計画	主要な指標
卓越した臨床成果	<ul style="list-style-type: none"> 医療サービスの成果を改善するために臨床連携体制を強化する 患者の満足度を確保する 	<ul style="list-style-type: none"> 予期せぬ再入院率 薬剤事故率 危険な省略、短縮件数
卓越した患者・職員・医師の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ペインマネジメント患者の満足度改善 アカウントビリティ・モデルの適用（看護部との共同作戦展開） リーダー層の多様性向上 	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者のロイヤリティ指標 看護師転職率 開業医師の満足度 職員の満足度 マイノリティ管理専門職登用率

卓越した 財務業績	<ul style="list-style-type: none"> ・収益の拡大と費用削減 ・法人の成長 ・常勤医師（ハウズドクター）への助成金削減 ・スタッフの生産性の向上（雇用環境調整） ・医療マネジメントの改善 	経常利益率（Operating margin.） 1 退院当たりの医業収益（Operating Revenue）と医業費用（Operating Expense） 入院患者数 医師 1 人当たり純収益（Net Revenue） Paid Hours/adjusted patient day 平均在院日数
--------------	--	--

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P12Figure 2.2-1 より。

2. 2. b. 業績予測

(1) 業績予測

図表 2-5 主な業績指標、短期/長期目標、および標準指標

業績項目	短期目標 (2002)	長期目標 (2004)	標準指標
連結経常利益（Operating margin）	2.5%	3.3%	3.0-4.0%
無制限手許現金保有期間(Unrestricted Days Cash)	220 日	235 日	190-220 日
急性期入院患者数	145,200 人	155,800 人	該当せず
患者 1 入院当り医業収益(Revenue)	\$1,399	\$1,486	\$1,805
患者 1 入院当り医業費用（Operating Expense）	\$1,434	\$1,506	\$1,508
予期せぬ再入院率（31 日間）	3.49%	2.63%	2.42%
入院患者ロイヤリティ指標	53.1%	60.1%	52.3%
職員満足度指標	73.0%	75.0%	74%
医師満足度指標	79.9%	81.9%	93.0%
ナーシングホーム経常利益（Operating margin）	-2.29%	4.29%	<3.0%
患者身体拘束率（ナーシングホーム）	0	0	5%
在宅ケア経常利益（Operating margin）	7.1%	8.4%	15.0%
在宅ケア患者ロイヤリティ指標	64.0%	71.0%	52.7%
医師 1 人当り費用（Operating Expense）	\$32,971	\$36,593	\$32,971
医師診療直接費用（Direct Operating Expense） （医師診療費用全体に占める比率）	67.30%	61.55%	58.64%

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P13Figure 2.2-2 より。

(2) パスポートの活用

- ・本部法人リーダーによる各病院の活動計画と予算の承認
- ・PCDAによる評価活動開始（法人の業績目標と活動計画の理解度）
- ・パスポートの活用

①Passport to Exceptional Health Care Services（卓越した医療サービス提供のためのパスポートシステム）

②Meeting in The Box（Sr.Mary Jean のビデオ、書簡などによる理念浸透、教育パッケージ）

Category3 Patient/Customers, and Markets 患者/顧客と市場の重視

3.1 患者・顧客と市場のナレッジ

3.1.a 患者・顧客と市場のナレッジ

(1) 患者・顧客・市場区分

①SSMHCにおける顧客カテゴリーの分類

- 1.入院患者（法人収益（SSMHC's Revenue）の90%を占める。）
- 2.外来通院患者
- 3.救急患者
- 4.在宅ケア患者
- 5.ロングタームケア患者

②顧客と市場における重要テーマ

- 1.患者のロイヤリティ指標に基づく、患者の帰属性向上。
- 2.患者満足度の向上。

- ・患者ロイヤリティはPIR（Performance Indicator Report）における重要指標である。
- ・患者満足度調査は各施設毎に毎月実施し、結果を法人企画部門に提出する。
- ・インスブルック・グループは、調査データに基づいて、SFPP戦略策定会議を開く。
- ・医師は顧客であるが、キーパートナーでもある。
- ・顧客ニーズを測定する。

(2) 顧客関連情報の活用

図表 3-1 顧客ニーズ測定ツールと活用部門および開発設計部門

顧客 & 活用部門	ツール&手法 (活用頻度)	開発設計部門
過去/現在の患者と家族 (医療サービス計画部門) (改善活動該当全部門) (事業開発部門)	<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査;入院、外来、救急、リハ、通院外科手術、在宅ケア、ロングタームケア ・一次&二次診療圏調査(年1回/必要に応じ) ・コメントカード(継続的) ・苦情処理システム(継続的) ・苦情情報フィードバック(継続的) ・選別患者フォローアップコール(継続的) ・Web 応答システム(継続的) 	法人計画部門 <ul style="list-style-type: none"> ・計画&マーケティング ・接遇&品質管理 ・品質&リスク管理 ・フォローアップ部門 ・PR/マーケティング部門
潜在&将来の患者と市場 (医療サービス計画部門) (マーケティング部門) (改善活動該当全部門) (事業開発部門)	<ul style="list-style-type: none"> ・一次&二次診療圏調査(年1回/必要に応じ) ・市場調査&学術的調査(同上) ・出版物&文献調査(同上) ・地域調査(電話連絡による必要に応じ) ・Web ページ応答システム(継続的) ・医療専門団体、講習会、雑誌、ニュースレター ・E-mail, ニュース抜粋サービスなどの情報 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人計画&マーケティング部門 ・PR/マーケティング ・法人計画&マーケティング部門

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P14 Figure3.1-1より。

3.2 患者・顧客関係と患者・顧客満足

3.2.a 患者・顧客関係

(1) 患者・顧客関係の構築 → 患者ロイヤリティの向上をめざす

① 臨床連携体制(Clinical Collaborative)

- ・CPI (Clinical Collaborative Using Patient Information); 患者情報を活用した臨床連携によって、CAS (Care & Achieve Success; ケアと目標の達成度) を向上をはかる。
- ・患者満足度調査結果に基づく改善項目の特定
- ・患者&家族とのコミュニケーション改善
- ・患者教育(クラス形式)
- ・E-Health 情報の提供
- ・疾病管理プログラムの提供
- ・外来患者への帰宅後フォローアップ・コール

②情報収集とヒアリング

- ・顧客 5 つのカテゴリーごとの聞き取り調査（電話、E-mail,直接インタビューなど）
- ・患者満足度調査結果に基づく改善最優先テーマの確定
- ・聞き取り（ヒアリング）の主なテーマ
 - a) 病院スタッフの責任感（Responsiveness）
 - b) 正確さ（Accuracy）
 - c) コミュニケーション（Good Communication）
 - d) 医療サービスの提供成果（Good Health Care Outcome）

(2)利用アクセスの仕組み

図表 3-2 主要な利用アクセス向上機能

アクセス分野	アクセス対応機能
サービス利用アクセス	各施設、システム（本部）、医師オフィス 地域健康プロジェクト（Healthy Community Projects） クリニック 課外活動プログラム（Outreach Programs）
情報入手アクセス	直接連絡（病院スタッフ、理事、管理者、医師など） SSMHC ケア提供者&患者権利パンフレット インターネットサイト SSMHC 倫理委員会 教育プログラム&支援グループ 下院議員団体 毒物管理センター 医療情報&関連ライン
苦情処理対応	直接連絡（病院スタッフ、理事、管理者、医師など） 法人全体の苦情処理プログラム CRP（Corporate Responsibility Process）ヘルプライン 遵守規定や法的倫理的な分野の苦情に対応する SSMHC 全体の支援プログラム 患者満足度調査

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P15Figure 3.2-1 より。

(3) 苦情処理システム

① 苦情処理の3原則

1. 処理 (Handling)、2. 解決 (Resolving)、3. 追跡 (Tracking)

② SSMHC Quality Resource Center(QRC); (SSMHC 資源の品質管理センター)

- ・ 苦情処理追跡ソフトの開発 (ソフト名; OFI; Opportunities For Improvement) を行う。
- ・ 苦情処理ガイドラインの設定を行う。
- ・ 苦情データの整理と分析、分析結果を現場の病院へフィードバックをする。
- ・ 苦情現場のモニタリング活動を行う。

3. 2. b. 顧客満足度の把握方法

(1) 顧客満足度の把握方法・測定尺度

① インスブルック・グループによる患者満足度調査の分析&評価プロセス

図表 3-3 インスブルック・グループによる患者満足度調査の分析・評価プロセス

段階	プロセス
ステップ 1	質問項目の適正さと有効性の検討
ステップ 2	文献、インターネット上で満足度に関する情報や研究論文を検索
ステップ 3	規定、規則、遵守事項、ガイドライン遵守などのモニタリング
ステップ 4	JCAHO、MB 賞、NCQA などの評価認定項目と関連付けた調査結果の分析 フィードバックレポートの検討
ステップ 5	患者満足コーディネーターへの調査報告書 フィードバックレポート配布 (毎月)
ステップ 6	患者満足に関連するスタッフの責任分野における業務責任実行の評価
ステップ 7	システム管理のためのランキングレポート (年 3 回)

② 最小データセットに基づく内外環境分析と連動した顧客満足度の改善活動

<内外環境分析>

内外環境分析は SFPP 戦略策定プロセスにおいて最小データセット項目 (Minimum Data Set) を活用した分析手法だが、最小データセットの項目は顧客と地域および法人との良好な関係性を分析評価するものがある。そこで、カテゴリー 3 では、最小データセットの次の項目によって顧客 (患者家族&医師) と地域を把握する。

対象項目

1. 患者の利用アクセス ; (法人外部情報によるアクセス分析)

- ・診療圏内の他病院、他サービスと当法人との比較
 - ・当該市場における患者のサービス利用動向（趣向や傾向）
 - ・患者ニーズに対応できていない当法人のサービス分野
 - ・診療圏外の住民への当法人のサービス提供状況
2. 地区コミュニティ（Local Community Relationship）との良好な関係；（人口統計・経済分析）
- ・当法人の顧客とは誰か？
 - ・当法人の顧客はどんなニーズを持っているか？
 - ・顧客ニーズに応えるために、今後5年間で何を改善・変更すべきか？
 - ・法規制、連邦&州規定、遵守事項の内容は？
 - ・当法人に影響する規制、公的ガイドラインなどは？
 - ・サービス提供活動に影響する規制、公的ガイドラインなどは？
3. 医師パートナーシップ（法人業務&病院診療分野での医師との友好関係を分析）
- ・医師が期待し、法人に望むことは？
 - ・当法人の診療サービスが競争相手（病院）を意識したものであることを医師は自覚しているか？
 - ・競争相手に対抗できる意思のサービスとは何か？

これらの回答や分析を SFPP 戦略計画に反映する。

さらに詳細な内外環境分析が必要な場合は、MEA（Ministry Effectiveness Analysis;有効性分析）を導入し、潜在市場の分析と改善分野を検討する。

③職員&職場の満足の把握

患者・顧客の重視として、医師パートナーシップを支える医師のロイヤリティ向上（カテゴリー6 参照）、地域への対応にも取り組んでいる。

さらに、職員・職場の満足度向上のために、

1. パスポート・システムの活用（入社時オリエンテーションで機能と活用方法を説明）、
2. 職員業績評とパスポートシステムを連動させる、
3. 図表 3-2 に示すアクセス向上機能に従って、職員を評価する、
4. 職員満足度調査の分析と職場改善項目の設定、などを行っている。

(2)患者・家族の満足度と不満への対処方法

- ・標準患者満足度調査（Standardized Patient Satisfaction Survey）を実施する。
- ・CQI プログラムと Plan-Do-Check Act で問題点や改善点を明確にする。
- ・5つの顧客カテゴリー毎に調査項目を設定する。
- ・患者ロイヤリティも5つの顧客カテゴリー毎に目標値（%）を設定する。
- ・毎月実施（5つの顧客分類毎）。
- ・今後求められる患者ロイヤリティ分野と向上の課題を見つけ出す
- ・想定外の不満や苦情を見つけ出す
- ・SSMHC 本部へのフィードバックレポート提出（半年に1回）。全施設の調査分析結果を報告する。
重要な報告分野は、患者の満足度にとって最も大切な患者ニーズは何かを明確にすることである。
- ・調査結果&分析報告書のソフト化（病棟患者の説明用）。

- ・フィードバックレポートの配布：主に、患者満足度コーディネーター、財務部門、開業医クリニックへ配布する（人種、性別、年齢別、DRG 別、保険加入種別、担当医師別などの調査データ）。

(3) 患者・顧客情報の活用

①患者満足度調査の公表（文書／Web を利用）

- ・調査結果レポート（半年毎）；患者コーディネーターと法人役員のみ配布（改善分野の特定）。
- ・調査結果データ（毎月）；Di Diver（顧客満足度分析用ソフト）で法人部長、マネージャーに提供
- ・役員総括レポート（Executive Summary Report）（毎月）；電子メールで法人役員、各病院管理者、部長に公開

②SSMHC 本部企画部門の活動

- ・他病院、他組織が使っている患者満足度調査項目の有効性と信頼性を分析し、法人に取り込む。
- ・主要部門への患者満足度に関する情報のフィードバック（特に、患者満足度コーディネーター、研究開発スタッフ、JCAHO 認定部門、法規制&ガイドライン管理部門、監査部門への情報提供）を行う。
- ・調査結果のフィードバックレポートを作成する。
- ・Di Diver を活用する。
- ・役員総括レポートを作成する。

③その他の取り組み

- ・患者満足度調査は 1985 年から開始しており、膨大なデータが蓄積されている。法人 SSM 情報センターとセントルイス大学が共同提携し、膨大なデータを活用して、患者調査項目の有効性や調査結果の信頼性、専門的統計手法の開発などを行っている。
- ・法人上席リーダーは毎日病棟を訪問し、入院患者へのヒアリング実施により、当人の抱える問題が解決したかどうかをたずねる。
- ・Command Card と Customer Service Hotline を活用する。
- ・スタッフにより、病室を出る前に必ず一言声をかける運動を行う。“Is there anything else I can do for you?”キャンペーンを実施する。
- ・退院後は、フォローアップコールを実施する。
- ・患者満足度に関する情報収集方法としては、
 - *最小データセットを用いた内外環境分析による収集
 - *Consumer Information Survey（サービスの他社比較、他社の利用度）
 - *Physician Satisfaction Survey（医師の満足度調査）
 - *Physician Perspective Survey（患者ケアに対する医師の将来展望調査）
 - *特定集団への電話インタビュー&聞き取り調査
 などがあげられる。
- ・患者満足度の基準指標設定を行う。
 - *HCMG（Health care Market Guide）のベンチマーク指標を利用している。HCMG はウィスコンシン州、イリノイ州、セントルイスの公私 2500 病院が実施した患者モニタリングデータに基づく基準指標のデータベースである。

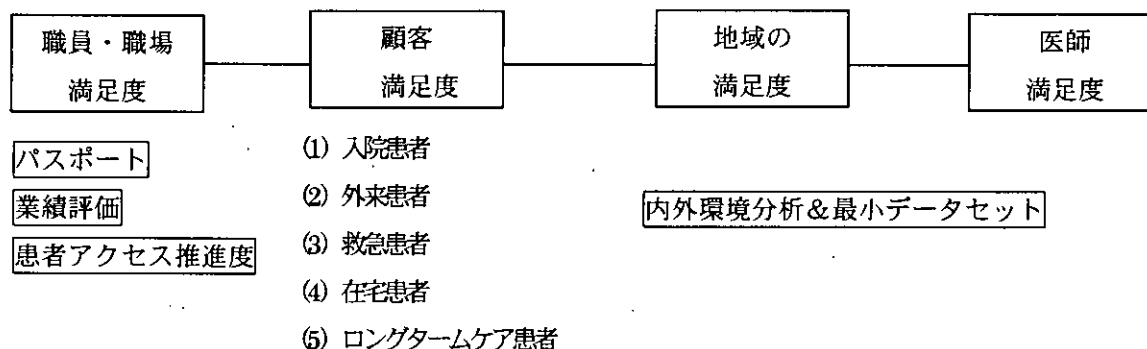
*SSMHC の満足度は HCMG の指標および競争相手との比較データを土台として目標値を設定する。

*指標と現場のギャップは業績指標報告書（PIR）に明記する。

・CQI によるギャップの改善計画を作成し、ギャップを追跡する。

図表 3-5 患者・顧客と市場の重視

SSMHC の満足度調査



- ・HCMG（ベンチマーク指標）
- ・業績評価報告書（PIR）（ギャップ改善）
- ・CQI（改善項目設定）
- ・患者ロイヤリティ向上
- ・標準患者満足度調査（毎月）
- ・アクセス改善メカニズム
- ・苦情処理システム

<満足度向上手法>

- ・臨床共同チーム
- ・患者教育
- ・E-Health
- ・疾病管理
- ・外来患者フォローアップコール

患者満足向上コーディネーター

医療資源の品質管理センター（QRC）

<満足度評価&追跡手法>

- ・Comment Card
- ・一言声かけ運動
- ・Customer Hotline
- ・上席リーダーの病棟回診&患者ヒアリング
- ・退院後フォローアップコール

<患者満足度調査フィードバックシステム>

- ・調査結果データ（毎月）
- ・役員総括レポート（毎月）
- ・調査結果報告書（半年毎）

<患者満足度に関する情報源>

- ・顧客情報調査（Consumer Information Survey）
- ・医師満足度調査（Physician Satisfaction Survey）
- ・医師認識調査（Physician Perception Survey）
- ・最小データセット（Minimum Data Set）

Category4 Information and Analysis 情報と分析

4.1 業績測定と分析

4.1.a 業績測定

(1) データの収集方法

－ SSMIC(SSMHC Information Center); SSM 情報センターによる収集

SSM 情報センターでは、業績測定指標を決定し、業績指標報告書(Performance Indicator Reports ;PIR)の作成を行っている。指標設定に必要なデータの収集方法として、以下があげられる。

<病院&医療活動現場からの収集； Hospital Operation Performance Indicator Report (毎月) >

- ・ 一般財務&資材管理システム (オンタイムで財務と資材の情報を収集可能)
- ・ 患者満足&ロイヤリティシステム (患者の満足に関する情報)
- ・ 職員満足システム (職員、職場の満足度に関する情報)
- ・ 患者資源利用&分析システム (臨床サービスの質に関する情報)
- ・ メリーランド病院協会 (MHA) (臨床に関する情報)

<ネットワークからの収集； SSMHC Operation Performance Indicator Report (毎月) >

- ・ サマリーを法人運営委員会 (Operation Council) が審査する。
- ・ 49 指標の修正 (システムマネジメント委員会 (System Management) と法人運営委員会で精密化)
- ・ 16 指標の修正； *病院運営 (8 指標)
 - *ナーシングホーム&ロングタームケア施設 (2 指標)
 - *在宅ケア (2 指標)
 - *医師診療 (2 指標)
 - *全施設とサービスの生産性と適応性 (2 指標)

(2) 指標の選択方法

－ 業績指標報告書、品質報告書の作成

SSM 情報センターでは、上述の現場データから、49 指標をピックアップし業績指標報告書 (PIR) に収録している。各指標はカラーコード化し、システム全体管理向け、施設現場向け、臨床向け、ネットワーク向け、病院長および部長向け、本部理事長&理事会役員向けに分類している。

また、SSMHC 情報センターでは、病院管理者と地域理事会が業績をモニタリングするために 14 の品質に関する報告書 (Quality Report) を年 4 回作成している。14 の品質指標は次の 4 分野に分類される。

図表 4-1 品質報告書指標の分類

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 臨床&医師診療サービスに関する品質2. 患者の安全性と入院医療サービスに関する品質3. 職員&地域住民の安全性に関する品質4. 顧客の満足に関する品質 |
|---|

(3) 競争相手との比較およびベンチマークデータ

① 対象

<比較およびベンチマーク情報の要件>

- ・ SFPP（戦略財務資源計画）に深く関連性があること。
- ・ 情報入手が容易でしかも信頼性があること。
- ・ 各部門の業績指標と深くかかわりのある情報であること。

<比較およびベンチマーク対象施設/組織の要件>

- ・ 病床規模や利用者数などが同程度の病院&ロングタームケア施設。
- ・ 同種・類似サービス提供施設。
- ・ SSMHC にとっての明確な競争者。
- ・ 世間から優れていると評価されている施設や組織。

② 実施プロセス

Clearinghouse の 4 ステップを利用している。

図表 4-2 SSMHC のベンチマーク手法

ステップ 1	分析調査計画(ベンチマークの対象とそのために必要な情報の選定)
ステップ 2	情報収集(全 SSMHC 施設から収集)
ステップ 3	結果の分析と評価(SSMHC と他システムの比較によって、未改善テーマ、ギャップ、重点事項などを確定)
ステップ 4	修正付加&改善(ベストプラクティス、尺度、指標の追加)

* 詳細は、SSM HealthCare Benchmarking Guide に収録。

③ ベンチマークデータ

ベンチマーキングは、MckessonHBO Trendstar、HBSI Action、HBSI Explore/EIS、HBSI Fathom、MHA QIP Project 等外部組織&専門企業のベンチマーキング・ツールを利用している。

<外部病院へのベンチマーキング活動見学会の例>

- ・ Cardinal Glennon Children's Hospital（セントルイス）
- ・ KIDS RULE ベンチマーキング・プログラム；ディズニーとの共同制作による小児科サービスのベンチマーク・プログラム

4. 1. b. 業績分析

(1) 業績分析方法

① 業績のモニタリングに関する情報システム

通常は業績マネジメントプロセス（Performance Management Process）によって追跡し、業績報告書により追跡結果を報告する。レポートが言及する業績指標は Standard Accounting Policies & Process によって限定される。職員が業績ゴールと活動目的を熟知するために、各部門長がパスポートに「理念」「使命」「ゴール」「測定尺度」を記入する。